28

CONCOURS D'AGRÉGATION DE CHIRURGIE 1892

PUBLICATIONS

DU

Dr Léon MONTAZ

Ancien interne lauréat des hôpitaux de Lyon (prix Bonnet)
Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Grenoble
Professeur à l'École de Médecine

GRENOBLE
IMPRIMERIE F. ALLIER PÈRE ET FILS
Grande-Rue, 8, cour de Chaulnes
1892

TITRES ET CONCOURS

Interne lauréat des hôpitaux de Lyon (prix Bonnet, 1877).

Docteur en médecine de la Faculté de Lyon, 1881.

Professeur à l'École de Médecine de Grenoble (concours 1881).

Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Grenoble (concours 1881).

Admissible au concours d'agrégation de chirurgie (1889).

ENSEIGNEMENT

Cours réguliers d'anatomie et de physiologie à l'École de Grenoble, semestre d'été.

Conférences de clinique chirurgicale, tous les jeudis, à l'hôpital.

PUBLICATIONS

I. **Observation d'angine gangréneuse** (*Lyon Médical*, 1877).

Il s'agit d'un cas de gangrène du pharynx, observé dans le service de mon regretté maître, M. Gignoux. Le malade, qui faisait l'objet de ce travail, avait pris, en pleine santé, un simple mal de gorge. Au troisième jour de sa maladie, il entrait à l'Hôtel-Dieu et nous constatâmes un sphacèle nettement localisé à l'amygdale gauche et aux piliers du même côté. Il y avait à la périphérie un sillon d'élimination très net. L'eschare tomba au bout de quelques jours et le malade sortit guéri.

Il nous fut impossible de trouver la moindre explication à ce phénomène ; pas de diabète, pas de syphilis, pas de néphrite ; en somme, aucune des conditions escharogènes connues.

Dans la discussion qui eut lieu sur ce sujet, au sein de la Société des Sciences médicales, aucune explication ne put être donnée, ni aucun fait analogue signalé.

II. **Note sur un cas remarquable de péricardite avec épanchement** (*Lyon Médical*, 1879).

Le malade en question avait succombé dans le service de M. Gignoux avec tous les signes d'une pleurésie purulente gauche très abondante ; les signes stéthoscopiques étaient au complet. La pointe du cœur battait à sa place normale. Le malade était à toute extrémité lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu et on n'eut pas le temps d'intervenir.

Or, l'autopsie démontra la présence de trois ou quatre litres de pus dans le péricarde. Ce dernier avait pris le lieu et place du poumon gauche, qui se trouvait atélectasié et caché dans la gouttière costo-vertébrale.

Enfin, pour compléter l'illusion, une symphyse cardiaque unissait la pointe du cœur au péricarde pariétal et à la paroi thoracique, ce qui expliquait la facile perception du choc cardiaque.

Si ce malade avait été opéré, on aurait fait une péricardotomie, croyant faire une pleurotomie.

III. **Note sur un cas de corps étranger articulaire, traité par l'ablation directe avec ouverture de l'articulation** (*Lyon Médical*, 1879).

L'ablation des corps étrangers par l'arthrotomie est devenue une banalité chirurgicale, et il n'est plus question nulle part des procédés ingénieux de Goyrand d'Aix, de Richet et d'autres. Mais à l'époque où je publiai cette note, l'antisepsie n'était pas encore de pratique courante et les faits de taille articulaire peu nombreux, même discutés. Cette question a perdu de son actualité. Mais la pratique que je conseillais dans ce modeste travail, d'après une opération faite à l'Antiquaille, est celle qu'on suit aujourd'hui.

IV. **Note sur la cure radicale des hernies** (*Lyon Médical*, 1879).

Mêmes réflexions au sujet de ce travail. L'intérêt qu'il pouvait présenter alors n'existe plus aujourd'hui, où la cure chirurgicale des hernies se pratique partout. Je fis cette note à propos de deux malades porteurs simultanément d'un sarcocèle cancéreux et d'une hernie inguino-scrotale congénitale. Le dernier temps de l'opération avait consisté en l'isolement du sac, sa ligature et sa résection.

V. **Recherches sur la trace indélébile du chancre syphilitique** (*Lyon Médical*, 1879 ; *Analyse in Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, par M. Doyon).

Ce long travail est basé sur cent vingt-trois observations prises pendant mon internat, soit à l'Antiquaille, soit à l'Hôtel-Dieu. J'ai cherché à y démontrer l'inanité de l'opinion classique, d'après laquelle le chancre simple laisse une cicatrice et le chancre syphilitique aucune.

Dans un chapitre d'historique, je passe en revue les principaux

auteurs, Baumès, Ricord, Rollet, Diday et Doyon, Guibout, Lancereaux, Langlebert, Fournier, Jullien (1re édition). Tous, ils professaient cette idée que le chancre infectant ne laisse habituellement aucune trace de son passage, tandis que le chancre simple en laisse souvent. C'est le contraire que nous avons cherché à démontrer.

Pour nous, le chancre simple ne laisse pas de cicatrice, exception faite du chancre cutané et du chancre phagédénique. Au contraire, le chancre syphilitique laisse toujours une cicatrice, ou tout au moins une trace caractéristique et souvent une perte de substance (chancre du gland, chancre phagédénique ou serpigineux).

Suivent cent vingt-trois observations classées par ordre d'ancienneté : la dernière est un exemple de syphilis cérébrale, avec cicatrice sur le limbe préputial d'un chancre datant de vingt-trois ans.

Nous avons ensuite, dans un troisième chapitre, fait la description de cette trace du chancre, laquelle est différente sur le reflet et la rainure, sur le filet, sur le gland et le méat, sur les lèvres et la bouche, sur la peau.

Enfin nous avons consacré un chapitre au côté médico-légal de la question et nous en avons, à ce point de vue, tiré des conclusions extrêmement prudentes, en disant : « Nos recherches sont d'une grande valeur en clinique et l'expert peut les mettre à profit dans un examen de syphilis à manifestations obscures ou douteuses ; mais la trace constatée n'étant pas toujours caractéristique, ne permet pas, dans ces cas, d'aller plus loin et de baser sur ce signe seul une affirmation ou une négation. Mais, dans les cas nombreux où elle est caractéristique, un praticien expérimenté peut diagnostiquer une syphilis antérieure. »

Ce mémoire a fait l'objet d'une longue discussion à la Société des Sciences médicales de Lyon, à laquelle M. Diday est venu prendre part.

Mes conclusions ont été reproduites par M. Jullien, dans la dernière édition de son traité des maladies vénériennes.

VI. **Thèse inaugurale sur la trace indélébile du chancre syphilitique** (Lyon 1880).

J'y ai repris et complété les recherches précédentes.

VII. Tribut à l'histoire des bassins rétrécis par double luxation iléo-fémorale congénitale (*Lyon Médical*, 1882, et *Archives de Tocologie*, Paris, 1882).

Dans ce travail, je passe en revue les idées différentes et même contradictoires des auteurs sur la question. J'étudie l'opinion de Sédillot, de Depaul. Ces auteurs admettent que le bassin vicié par double luxation congénitale des fémurs présente, au détroit supérieur, un aplatissement transversal avec allongement antéro-postérieur, au détroit périnéal un élargissement transversal.

Je mets en face l'opinion de Schroder, Gurlt, Fabbri, Sassmann, pour lesquels il y a un aplatissement antéro-postérieur du détroit supérieur et un agrandissement du diamètre transverse du détroit inférieur.

Enfin je cite l'opinion intermédiaire de Guéniot; pour lui le détroit supérieur est quelquefois comprimé bilatéralement; au détroit inférieur les diamètres étant très élargis.

Suit la description de ce bassin qui est déposé au musée de la clinique obstétricale de Lyon. Je décris la néarthrose, l'altération des fémurs, l'asymétrie du bassin, l'agrandissement transversal du détroit supérieur (15 centimètres) et du détroit inférieur (le bi-ischiatique a 147 millimètres), la diminution de hauteur de l'excavation (92 millimètres latéralement), la coudure brusque du sacrum au niveau des 2e et 3e trous sacrés.

Suivent des réflexions sur l'état de perfection de la néarthrose, ce qui est rare, sur l'asymétrie du bassin qui tient à la plus grande ascension du fémur gauche. Enfin j'explique l'aplatissement par l'antéversion plus grande de ces bassins et par la marche tardive qui supprime l'action compressive des fémurs. Ce sont d'ailleurs les idées de Schroder.

VIII. Quelques réflexions à propos d'un cas de hernie congénitale étranglée (*Lyon Médical*, 1883).

L'observation qui sert de base à ce travail présentait quelques particularités intéressantes, épanchement liquide considérable dans le sac

vaginal (800 grammes), striction énorme de l'anse. Je signale comme particularité de la hernie congénitale étranglée l'absence fréquente d'épiploon, le siège très élevé de l'étranglement, quelquefois très bas (5 cas), la persistance possible du rétrécissement sur l'anse libérée et je tire les conclusions suivantes : la hernie congénitale étranglée est plus grave par la rapidité de l'étranglement qui se fait quelquefois d'emblée, par l'absence d'épiploon, par la marche foudroyante des lésions qui tient à l'intensité et à la profondeur de l'étranglement, par l'abondance du liquide du sac qui peut induire en erreur.

IX. **Nouveau procédé de résection du genou** (Association française, Congrès de Grenoble, 1885).

Tous les procédés de résection du genou peuvent se diviser en deux grandes classes, ceux à incision unique, antérieure ou latérale, auxquels on peut faire le grave reproche de ne pas donner assez de jour, et ceux à incisions multiples, qui sont tous antérieurs ; ces derniers ont le tort de couper le tendon rotulien. Il est vrai qu'on suture ce tendon à la fin de l'opération. Mais, cette réunion, portant sur des tissus altérés par la tuberculose, doit manquer fréquemment.

Plus tard, on sait combien les anciens genoux réséqués ont de la tendance à se mettre en flexion. Qui sait si cette attitude vicieuse ne tient pas, pour une part au moins, à cette section tendineuse?

J'ai donc cherché un procédé donnant beaucoup de jour et permettant d'éviter la section de cet important tendon. Il m'a suffi de transporter sur la face interne du genou, laquelle est d'ailleurs très large et très antérieure, les incisions en H de Moreau et de Fergusson.

Je fais donc une incision verticale antérieure rasant le bord interne de la rotule, une autre parallèle et longeant le couturier, enfin une transversale sur l'interligne articulaire.

Je mobilise les deux volets ; puis, après section des ligaments croisés, je luxe la rotule en dehors ; cela permet alors de fléchir la jambe, d'isoler les extrémités osseuses et de faire comme dans la résection ordinaire. L'opération terminée, le tendon rotulien non coupé est remis en place avec ou sans la rotule et le reste se fait comme à l'ordinaire.

J'ai fait depuis quatre résections du genou et deux arthrectomies par mon procédé. L'expérience m'a appris que, dans les résections pour arthrites fongueuses, les incisions antérieures donnent plus de jour, mais que dans les arthrotomies, les abrasions articulaires, les arthrectomies, toutes opérations qui ne laissent pas fatalement l'ankylose, mon procédé pouvait avoir quelque avantage.

X. Résection orthopédique du coude (*Gazette des Hôpitaux*, 1887).

Cas intéressant au point de vue du mécanisme des fausses ankyloses ; fracture transversale sus-trochléo-condylienne de l'humérus, chez un enfant, avec déplacement en arrière du fragment inférieur ; celui-ci s'était soudé en escalier au supérieur. Il en résultait que le bras, se trouvant dans l'extension, la flexion était impossible ; l'apophyse coronoïde venait buter dans l'angle des fragments. L'ankylose complète n'était qu'apparente, car il n'y avait pas trace de soudure osseuse.

La résection totale du coude montra ces détails et donna un excellent résultat fonctionnel, que j'ai constaté plusieurs années après.

XI. Sur un mode de début fréquent et non décrit de l'orchi-épididymite tuberculeuse aiguë (Association française, congrès de Toulouse, 1887, et Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose).

Ce processus, que j'ai décrit comme servant de début au testicule tuberculeux, est un exemple de ces hybridités si fréquentes en clinique. Il s'agit de sujets sur lesquels, à l'occasion d'une blennorrhagie, se déclare une épidydimite gonococcienne classique. Mais, après quinze jours, trois semaines, la résolution ne se fait pas ; des indurations persistent, des abcès s'ouvrent et on a le testicule tuberculeux, sans aucune ligne de démarcation entre les deux.

Ce travail m'a été inspiré par plusieurs observations prises soit à l'Antiquaille, soit dans mon service d'hôpital.

Cette hybridité blenno-tuberculeuse du testicule est à rapprocher des cystites primitivement blennorrhagiques, puis devenant tuberculeuses (Guyon).

Certains cas d'orchite tuberculeuse aiguë, tels que les a décrits Reclus, rentrent certainement dans ce cadre.

Comme conclusions, l'orchite blennorrhagique survenant chez des tuberculeux mérite des soins spéciaux et un pronostic réservé.

XII. Du traitement de la scoliose par la méthode de Sayre, de New-York (*Gazette des Hôpitaux*, 1887).

J'ai exposé dans ce travail le traitement de la scoliose et du mal de Pott, tel que je l'avais vu pratiquer pendant mon internat dans le service du professeur Fochier. J'indique la technique exacte pour la confection du corset et j'étudie les résultats obtenus.

J'envisage ces résultats au point de vue du redressement de la gibbosité, de l'action sur la moelle épinière, de l'influence bienfaisante sur le cœur et les poumons, et je tire les conclusions auxquelles était arrivé mon regretté ami, Noël Coulomb, qui fit sa thèse sur ce sujet.

Ces conclusions, les voici : la méthode de Sayre permet dans un grand nombre de cas le redressement notable de la scoliose. Dans les formes graves où ce résultat n'est pas obtenu, on peut compter sur un rétablissement remarquable des fonctions générales.

XIII. De la taille hypogastrique appliquée aux ruptures traumatiques de la prostate (*Revue de Chirurgie*, 1888).

Il s'agit d'un cas à peu près unique de rupture traumatique de la prostate par passage sur le bassin d'une voiture lourdement chargée ; fractures multiples du bassin, perforation de la prostate de part en part ; issue de l'urine par l'anus avec distension vésicale. Après un cathétérisme très prudent mais infructueux, taille hypogastrique qui permet le placement rétrograde d'une sonde à demeure. Au sixième jour, le malade était considéré comme guéri, lorsqu'il succomba en une demi-heure à une hémorrhagie rectale foudroyante, par chute d'une eschare de l'iliaque interne.

Suivent des considérations qui tendent à faire admettre que la taille hypogastrique doit être l'opération de choix dans les ruptures de la prostate et dans les formes graves de fausses routes prostatiques

(cathétérisme impossible ou dangereux, distension de la vessie par l'urine et le sang, commencement d'infiltration dans la loge supérieure du périnée).

XIV. Note sur un cas d'ostéome des fosses nasales
(*Gazette des Hôpitaux*, 1888).

Travail basé sur un cas d'ostéome que j'enlevai à un homme de cinquante-deux ans. La tumeur siégeait au niveau de l'apophyse montante et de l'unguis ; elle se composait d'une partie extérieure sous-cutanée et d'une partie intra-nasale, séparées par un étranglement en sablier. A l'examen histologique, tissu osseux normal.

Au point de vue de l'origine, je conclus, comme M. Panas, à la provenance osseuse, dans la paroi des fosses nasales ou de leurs annexes, bien que certains ostéomes appartiennent, au point de vue chirurgical, à l'orbite ou au crâne.

Comme fixité, je conclus, d'après un certain nombre d'observations, que les ostéomes qui débutent dans la période de croissance sont adhérents, qu'au contraire ceux de l'âge mûr ne le sont pas.

Ces conclusions ont été reproduites par M. Gérard-Marchand, dans l'article ostéome du *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus (tome IV, page 870).

XV. Nouveau procédé opératoire d'extirpation totale du pénis
(*Gazette des Hôpitaux*, 1889).

Ce procédé est applicable aux cancers occupant toute la verge, sa racine comprise. Dans ces cas, si on enlève la verge au ras du pubis, sans rien faire de plus, l'urine vient contaminer le puits cruenté ; le rétrécissement cicatriciel est à craindre, ainsi que la récidive par irritation constante de la cicatrice.

Mon opération consiste à extirper la verge sur le pubis, par une incision en raquette à pointe supérieure, à combler entièrement cette surface opératoire avec la peau du scrotum remontée, sans se préoccuper du canal, enfin à créer un méat périnéal par une boutonnière rétro-bulbaire et par la suture de la muqueuse urétrale à la peau du périnée. Le malade urine dorénavant par son périnée.

J'ai pratiqué cette opération sur un malade qui a vécu plusieurs années depuis ; il urinait en écartant les cuisses *(more feminarum)*. Il succomba plus tard à un ictère grave et son méat périnéal a bien fonctionné jusqu'au dernier jour.

XVI. **D'un nouveau procédé de restauration du nez, applicable à certains effondrements syphilitiques de cet organe** (*Annales de l'Enseignement supérieur de Grenoble*, 1889).

Dans ce travail, je rappelle les deux types suivant lesquels le nez syphilitique s'effondre. Le premier est caractérisé par l'affaissement des os propres, avec intégrité des narines ; c'est le nez camard. Dans le second, les lésions portent sur le rez-de-chaussée, qui remonte vers la racine saine ; c'est le nez en bec de perroquet, en lorgnette de Fournier. Enfin, je décris un troisième type intermédiaire : il se fait remarquer par une destruction du vomer, de l'os planum, de la sous-cloison ; le lobule, retroussé en haut, a pivoté sur les ailes du nez comme une charnière et le regard plonge dans les fosses nasales.

C'est à cette variété que s'applique mon procédé opératoire. Il consiste, par une incision parallèle à l'aile du nez, à détacher complètement les narines et le lobule, qui ne tiennent plus que par l'insertion des ailes du nez, à abaisser cet auvent mobile, puis, par une combinaison de sutures, à le fixer dans cette situation. Sans avoir la prétention de faire un nez olympien, on arrive ainsi à cacher les fosses nasales par l'abaissement du lobule.

Suit une observation.

XVII. **A propos du curage de l'utérus** (*Dauphiné médical*, août 1889).

Ce travail a été publié à une époque où la question du curage était toute d'actualité ; aujourd'hui, bien qu'il se fasse une réaction, la chose a moins d'intérêt. Ce curage est indiqué dans les affections de l'endomètre, végétations, polypes, blennorrhagies, certaines métrites parenchymateuses avec ménorrhagies graves, le cancer du col non justiciable de l'hystérectomie ; mais ici, c'est plutôt le raclage que le curage ; les polypes fibrineux, les suites de couches avec septicité utérine.

Suit le manuel opératoire.

XVIII. **Thyroïdectomie totale pour un goitre suffocant** (*Dauphiné médical*, février 1890).

C'est l'histoire d'un goitre cancéreux survenu en six mois et donnant lieu à des accès de suffocation, bien que la tumeur fût assez petite. Traité par la thyroïdectomie totale avec trachéotomie pendant l'opération, il récidiva très rapidement et entraîna la mort deux mois après l'intervention.

J'étudie le mécanisme du rétrécissement trachéal dans le goitre cancéreux; ce n'est plus le simple ramollissement de la trachée et l'aplatissement en fourreau de sabre de Rose, c'est la propagation directe du cancer à l'arbre aérien, comme Braun l'a soutenu.

Au point de vue du diagnostic, la douleur est un signe très infidèle.

Par contre, les accidents précoces de suffocation survenant avec un goitre récent sont en faveur du cancer.

Quant au traitement, je conclus à l'extirpation totale du goitre et même de la trachée et du larynx, si on a des chances de tout enlever.

XIX. **De la cure radicale des varices** (*Dauphiné médical*, août 1890; *Analyse in Gazette des Hôpitaux*, par M. Ricard, agrégé à Paris).

Dans un premier chapitre, je prouve que la cure radicale des varices est possible, et cela à l'aide de trois observations. Dans la première, j'avais opéré le malade quatre ans avant; dans la deuxième, dix ans avant; la troisième, concerne un malade que je vis vingt ans après l'opération pratiquée par Bonnet. Ces trois malades étaient guéris. J'ai laissé d'autres observations trop récentes.

Dans un deuxième chapitre de physiologie pathologique, je combats la théorie de Terrier et Quénu, qui font de l'ulcère variqueux une lésion trophique, résultat de la névrite et des varices nerveuses. Je me rattache aux troubles circulatoires. L'action des bas à varices, de la résection veineuse, s'explique par la diminution de l'aire veineuse et par l'augmentation de la vitesse circulatoire.

Dans un troisième chapitre, j'étudie les indications et les contre-

indications. On doit opérer les varices des travailleurs, les varices très douloureuses, celles près de se rompre. On s'abstiendra chez les personnes aisées, dans les cas de varices légères, chez les sujets âgés, dans les varices de la grossesse, dans les varices symptomatiques.

Le quatrième chapitre est consacré à l'étude du meilleur procédé opératoire. La cautérisation avait sa raison d'être avant l'antisepsie ; elle est longue, douloureuse, laisse des cicatrices. Les injections coagulantes, aveugles, anti-chirurgicales, exposent à l'embolie et doivent être rayées du traitement des varices, des anévrysmes et même des angiomes. L'extirpation est insuffisante, si elle est limitée ; elle occasionne des dégats trop importants, si on lui donne une étendue rationnelle ; il n'y a pas de proportion entre le bénéfice à atteindre et le risque à courir. La véritable méthode est la ligature médiate aseptique, faite en passant un crin de Florence, de loin en loin, sous la veine, qu'on lie sur la peau. Précautions antiseptiques rigoureuses.

XX. Corps étranger de la trachée extrait par la laryngo-trachéotomie (*Bull. et mém. de la Société de chirurgie*, 1891).

Il s'agit d'un ressort en cuivre, gros et long comme le petit doigt, qui séjourna huit mois dans la trachée d'un jeune garçon. Puis, des accidents de suffocation étant survenus, j'enlevai le corps étranger par une incision intéressant la cricoïde et les premiers cerceaux de la trachée ; guérison avec un très léger degré de sténose trachéale. Ce corps étranger a été présenté à la Société de chirurgie et a fait l'objet d'un rapport de M. Routier.

XXI. Des sinus frontaux et de leur trépanation
(*Annales de l'enseignement supérieur de Grenoble*, 1891).

Dans un premier chapitre, je passe en revue l'historique de la question. Je signale les opinions de Tillaux, Malgaigne, Cruveilhier, Richet, Sappey, Pozzi, Debierre, Testut, Moldenhauer, Gegenbaur, Kraüse, Kölliker, Panas, la thèse de Martin, le travail de Guillemain paru en même temps que le mien.

Dans un deuxième chapitre, je décris minutieusement le sinus

frontal, tel que me l'ont montré de nombreuses coupes horizontales, son époque d'apparition (la puberté), sa forme, ses rapports avec le crâne et la face. Je signale pour la première fois la présence fréquente d'un *sinus frontal moyen*, que j'ai appelé *sinus de la cloison*.

Dans un troisième chapitre, j'indique la technique opératoire que j'ai déduite de ces recherches; ma ligne d'incision est une horizontale passant exactement par la partie la plus élevée de l'arcade orbitaire.

Suit une observation de trépanation des sinus frontaux chez une jeune fille de quinze ans; drainage rétrograde, guérison rapide.

XXII. Des anévrysmes de la région fessière
(5me Congrès français de chirurgie).

Cas d'anévrysme artériel de l'ischiatique traité par l'injection coagulante, laquelle amena une embolie et la gangrène de l'avant-pied.

Comme symptôme pouvant permettre le diagnostic entre l'anévrysme de la fessière et celui de l'ischiatique, je signale les battements en arrière des adducteurs, le long du réseau collatéral postérieur. Le traitement des embolies artérielles périphériques par le massage me paraît une idée nouvelle.

Quant au traitement, je rejette la ligature de l'iliaque interne comme difficile, grave, ne garantissant pas contre le retour du sang dans l'anévrysme ischiatique. Je rejette la ligature près du sac, d'après Anel, comme difficile et souvent insuffisante. J'élimine les injections coagulantes, à cause du danger de l'embolie et je conseille l'incision ou l'extirpation, c'est-à-dire le bistouri.

XXIII. D'un mode de début de la syphilis testiculaire
(*Dauphiné médical*, janvier 1892).

Il s'agit d'un processus hybride analogue à celui que j'ai décrit pour la tuberculose testiculaire et sur lequel les auteurs gardent un complet silence, Reclus, Jullien, Ricord, etc. Ce processus consiste à ceci : un malade a eu la syphilis bien et dûment constatée; plus tard,

il constate une blennorrhagie qui se compliquent d'épididymite. Cette épididymite, classique au début, ne se résout pas dans le temps ordinaire. Il reste un testicule gros, dur, scléreux, indolore, qui guérit par l'iodure, testicule syphilitique indéniable. C'est donc un exemple de syphilis testiculaire se greffant sur un testicule blennorrhagique.

XXIV. De l'intervention chirurgicale dans les luxations irréductibles du pouce en arrière (Congrès de Marseille, 1891, et *Annales de l'enseignement supérieur de Grenoble*, 1892).

Question peu claire si on consulte l'historique que je lui ai consacré. Toutes les opérations y sont représentées, depuis l'abstention jusqu'à la résection, en passant par une véritable gamme de procédés. Je suis d'avis qu'il faut intervenir, même pour la simple raison d'esthétique. Je rejette la section du glénoïdien, d'après Farabeuf, comme aveugle; je rejette la syndesmotomie, qui peut troubler la fonction du ginglyme.

Je conseille l'arthrotomie qu'on fera suivre généralement de la décapitation du métacarpien.

Suit une observation. Le résultat de la résection, constaté cinq ans après, est parfait.

XXV. Anévrysme diffus du coude (*Dauphiné médical*, janvier 1892).

Malade chez lequel les mouvements brusques d'un empirique provoquent l'éclosion d'un anévrysme diffus de la face profonde du coude. L'incision de la poche et son tamponnement n'empêchent pas la production d'une hémorrhagie lente, mais qui continue plusieurs jours. Ligature de l'humérale et thermo-cautérisation de la poche; la stillation sanguine continue. Ligature de l'axillaire : même résultat. Enfin amputation du bras et guérison. Le malade est porteur de deux autres anévrysmes, l'un sur une carotide anormale, l'autre sur le tronc innominé.

La biopsie du membre montre une poche anévrysmale communiquant avec l'articulation du coude, une usure des surfaces articulaires et une fracture spontanée de l'olécrâne.

XXVI. Présentations de nombreuses pièces pathologiques à la Société de médecine de l'Isère.

Anévrysmes; désarticulations; résections des grandes articulations; amputations; tumeurs abdominales; utérus enlevés par la voie vaginale, abdominale et sacrée; ablations de rectums; tailles hypogastriques pour calculs, corps étrangers, cystite tuberculeuse; néphrectomies; opérations sur le foie, l'estomac, l'intestin, le cerveau, etc., etc.